

THESIS

MUNICH

1966

GESTATIONSPSYCHOSEN

INGRID HESSE

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUS DER NERVENKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. K. Kolle

GESTATIONSPSYCHOSEN

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und

einer Hohen Medizinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ingrid Hesse

Garmisch-Partenkirchen

München 1966

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. H. DIETRICH
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. K. KOLLE
Dekan:	Prof. Dr. Dr. h.c. R. ZENKER

Tag der mündlichen Prüfung: 3. Mai 1966

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	1
Literatur	2
Definition	2
Häufigkeit	3
Klinisches Bild	4
Ätiologie	6
Heredität und Konstitution	7
Alter und Stand	7
Körperliche Ursachen	7
Situative Einflüsse	8
Psychodynamische Faktoren	9
Therapie	11
Prognose	12
Eigene Untersuchungen	13
Material und Methodik	13
Nosologie	13
Soziale Aspekte	14
Alter	14
Familienstand	15
Sozialschicht	15
Einfluß der Orientierungsfamilie	17
Konflikt als auslösende Ursache	17
Ehe	17
Kinderzahl	18
Diskussion der Ergebnisse	19
Zusammenfassung	21
Literaturverzeichnis	22
Lebenslauf	31

Einleitung

Über Gestationspsychosen ist schon manches geschrieben worden. Man kennt diese Form geistiger Erkrankung seit dem Altertum. Ob es sich dabei aber um eine besondere, spezifisch für Schwangerschaft und Wochenbett, Erkrankung handelt oder ob die Geburtsvorgänge nur etwas bereits in der Anlage Bestehendes in Gang bringen, darüber konnte bis heute keine Einigkeit erzielt werden. Die Frage ist eng verknüpft mit der Frage nach der Ätiologie der Gestationspsychosen und natürlich verbunden mit der Frage nach der Ätiologie der Psychosen überhaupt. Solange uns die somatischen Veränderungen, die den seelischen Störungen zugrunde liegen, nicht bekannt sind, erscheint es aber immerhin sinnvoll, Faktoren zusammenzutragen, die ursächlich von Bedeutung sind.

Die vorliegende Arbeit ist ein Versuch in dieser Richtung, wie schon viele unternommen worden sind. Es soll vor allem auf die Ergründung sozialer Aspekte und konfliktauslösender Bedingungen eingegangen werden.

Definition

Zur Frage der Definition der Gestationspsychosen hat es zu allen Zeiten Schwierigkeiten gegeben. Teils wurden die Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen zu den symptomatischen Psychosen gerechnet, wobei man auch psychotische Zustände bei Eklampsie und Infektionen früher hinzurechnete, teils war man der Ansicht, sie gehörten zu den endogenen Psychosen und seien durch den Gestationsvorgang gleichsam ausgeklinkt. Dazu schreibt DECIO bereits 1921, die Schwangerschaft wirke lediglich als auslösendes Moment bei von vornherein hereditär und konstitutionell belasteten Personen. Der gleichen Ansicht ist WRIGHT mit der Einschränkung, daß nur die deliranten Formen durch das Puerperium und in seinem Gefolge auftretende toxische und erschöpfende Noxen hervorgerufen seien. STRECKER u. EBAUGH meinen, es gäbe keine eigentlichen Wochenbettpsychosen, KILPATRICK u. TIEBOUT sagen, Gravidität, Puerperium und Laktation spielten eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Psychosen. MASSAZZA rechnet die Schwangerschaft zu den endogenen Ursachen seelischer Erkrankungen. FRUMKES verwahrt sich dagegen, daß die Schwangerschafts- und Kindbettpsychosen für besondere Krankheiten gehalten werden. Man verkenne dabei ihren wahren Charakter, weil die körperliche Veranlassung so auffällig in die Augen springe. Auch STEINMANN spricht von einer nur auslösenden Bedeutung der Geburtsvorgänge. HARRIS zählt wie WRIGHT nur die deliranten Formen zu den symptomatischen Psychosen. ROEMER jun. zeigt die Schwierigkeiten der Einordnung der Puerperalpsychosen auf. Oft sei die Diagnosestellung Ausdruck persönlicher Anschauung. GUIRARD u. NODET rechnen nur solche Puerperalpsychosen zu den eigentlichen, die nicht endogen oder durch Infekte hervorgerufen sind. Auch FAGAN schließt Fälle mit ausgeprägter Toxämie aus. ROEMER jun. knüpft wiederum an HARRIS und WRIGHT an, indem er sagt, daß die echte Puerperalpsychose fast ausschließlich amentielle und verwirrte Bilder zeige. MC NAIR verlangt für die Auswahl seiner Fälle scharfe Kriterien; das erste Einsetzen der psychotischen Störung muß direkt der Geburt folgen, vorher dürfen psychotische Störungen nicht aufgetreten sein, toxische Erscheinungen dürfen nur angedeutet vorhanden sein. SCHWINGENHEUER ist wiederum der Ansicht, eine Gestationspsychose sui generis gebe es nicht, es dürfe mit der Bezeichnung Puerperal- oder Laktationspsychose keine ätiologische Beziehung vorweggenommen werden. VICTOROFF prägte den Begriff Para-Partumpsychose, worunter er Schwangerschafts-, Puerperal- und Laktationspsychosen zusammenfaßte. GOAS ist der Ansicht, daß bei den Puerperalpsychosen beide, die exogene und die endogene Theorie, anzuwenden sei, wie aus dem Verlauf der Erkrankung zu erkennen sei. VISLIE gibt wiederum der Meinung Ausdruck, daß die psychogenen Reaktionsweisen bei dieser Erkrankung ausschlaggebend seien, wogegen die Bedeutung symptoma-

tischer und endogener Bedingtheit in den Hintergrund trete. FOUNDEUR, FINSEN, TRIEBEL u. WHITE beklagen die Tatsache, daß es eine Klärung der Begriffe Schwangerschafts- und Wochenbettpsychosen noch nicht gebe. Es bestehe noch immer Unklarheit darüber, ob es sich um eigenständige Erkrankungen oder um von den Gestationsvorgängen modifiziertes Verhalten handle. Auch G. SCHNEIDER betrachtet die Stellung der Puerperalpsychosen als nach wie vor keineswegs eindeutig. MADDEN, LUHAN, TUTEOR u. BIMMERLE lehnen weitgehend ab, daß es sich bei Wochenbettpsychosen um toxische und Erschöpfungssyndrome handle. K. SCHNEIDER stellt fest: "Ist allerdings der auslösende Vorgang symptomatisch stumm und keine Krankheit, wie die Gravidität, hätte es keinen Sinn, von symptomatisch zu reden. Niemand wird sagen, eine Schizophrenie oder eine Cyclothymie in der Gravidität wäre ein Symptom der Gravidität. Hier ist entschieden Auslösung im Recht." Abschließend möchte ich die ganz allgemeine Definition der Gestationspsychosen von PAULEIKHOFF anführen: "Unter Gestationspsychosen verstehen wir psychotische Erkrankungen, die bei der Frau im zeitlichen Zusammenhang mit den Vorgängen der Schwangerschaft, des Wochenbettes und der Laktation bzw. in den Wochen und Monaten nach der Entbindung auftreten und mit der Schwangerschaft, Entbindung oder Laktation in einem inneren Zusammenhang zu stehen scheinen."

Häufigkeit

Was die Häufigkeit anbelangt, so konnten sich die Autoren zu allen Zeiten nicht recht einig werden, was wohl hauptsächlich an der Schwierigkeit der Diagnosestellung liegt. Was der eine als Schwangerschafts- oder Puerperalpsychose bezeichnet, zählt der andere zu den endogenen Psychosen u.s.w. Deshalb werden von wenigen Autoren konkrete Zahlen angegeben, und es wird immer wieder auf die Schwierigkeit hingewiesen. FÜRSTNER findet 1875 in der Literatur Verhältniszahlen von 1:11 und 1:12 zwischen psychotischen Patientinnen ohne Schwangerschaft und Geburt und solchen, die in Zusammenhang mit den Gestationsvorgängen erkrankten. Ein ähnliches Verhältnis, nämlich 1:11, findet ARMSTRONG-JONES, wenn er normale Geburten und solche, wo bei der Mutter geistige Erkrankung auftrat, gegenüberstellt. MASIERI gibt an, daß Geistesstörung, welche zum ersten Mal in Verbindung mit den Maternitätsvorgängen in Erscheinung trete, ungefähr den 6. Teil aller bei weiblichen Individuen vorkommenden Psychosen ausmache. HEIDEMA stellt für einen Zeitraum von 20 Jahren einen Prozentsatz von 1 1/2 für Gestationspsychosen der weiblichen Gesamtaufnahmen fest. FINOTTI findet 1956 in der einschlägigen Literatur Häufigkeitsangaben wiederum bezogen auf die Geburtenzahl zwischen 0,04 und 0,5 %. MARTIN findet in der Literatur ebenfalls eine große Schwankungsbreite, nämlich, eine psychotische Erkrankung solle auf 400 bis 1200 Geburten fallen, und in den psychiatrischen Kliniken schwankten die Angaben zwischen 2-8 %

der Gestationspsychosen von den übrigen psychotischen Erkrankungen bei Frauen.

Klinisches Bild

Das klinische Bild der Gestationspsychosen ist recht bunt. Es hat sich im Laufe der Zeit offenbar auch gewandelt, was wahrscheinlich nicht nur darauf zurückzuführen ist, daß man heute manche Krankheitsbilder nicht mehr zu den Gestationspsychosen rechnet, wie z. B. die durch fieberhafte Infektion (an sich schon selten geworden) hervorgerufenen Psychosen im Wochenbett, Geistige Störungen in der Schwangerschaft sind in ihren Erscheinungsbildern meist verschieden von denen, die im Puerperium ausbrechen, wobei auffällt, daß erstere wesentlich seltener auftreten als letztere (ARMSTRONG-JONES, BOURRET, MASIERI, PAULEIKHOFF). Die Laktationspsychosen werden heute nicht mehr von den Puerperalpsychosen abgetrennt, da dem Stillgeschäft keine krankmachende Bedeutung zugesprochen werden kann. Man hat sich auch immer schon gefragt, ob Puerperalpsychosen etwas besonderes hätten, woran man sie sofort erkennen könnte. FÜRSTNER hält dies bei einiger Erfahrung für möglich, wobei er aber einschränkend bemerkt, vielleicht lasse man sich dabei von anderen Eigentümlichkeiten, die alle puerperalen Frauen an sich hätten, leiten. KRÜGER ist der Ansicht, daß Wochenbettpsychosen mit den leib-scelischen Vorgängen während Schwangerschaft und Geburt untrennbar verwoben seien und ihren eigenen puerperalen Stil hätten. ARMSTRONG-JONES beschreibt das Bild der Puerperalpsychosen als mit schwächeren Symptomen beginnend wie Schlaflosigkeit und Empfindlichkeit, sich steigend bis zur Verwirrtheit begleitet von körperlichen Symptomen wie Eiweiß im Urin, Temperaturerhöhung u. s. w. SCHIKELE bezeichnet die psychische Depression als mehr der ersten Hälfte der Gravidität und der Zeit nach der Geburt eigen. MAZACOVA findet bei akut verlaufenden Puerperalpsychosen meist Amentia, bei Laktationspsychosen Fälle von protrahiertem Verlauf. MASIERI gibt bei seinem Krankengut eine überwiegende Zahl von Amentia-Fällen an, danach rangierten depressive und schizophrene Bilder. MASSAZZA stellt fest, daß die meisten Puerperalpsychosen der manisch-depressiven Form angehörten. Dagegen vertritt MILKUS die Meinung, daß die Amenz nach dem Puerperium als nosologische Entität viel häufiger auftrete als schizophrene und maniakalische Psychose. PAPPENHEIM schreibt in seinem ausführlichen Werk, daß bei Puerperalpsychosen die Infektionspsychose mit vorwiegend amentialen Bildern überwiege. HEIDEMA findet bei fast der Hälfte seiner Fälle Amenz, bei den übrigen andere psychotische Erkrankungen. Bei den von RAMFORD beschriebenen Fällen handelt es sich in der Hauptsache um Dementia praecox, Epilepsie und manisch-depressives Irresein. SCHRÖDER beobachtet manisch-depressive Erkrankungen im Wochenbett häufiger als schizophrene, wobei er betont, daß die ersteren häufig atypische Züge aufweisen. HARRIS berichtet von fast ebensovielen schizophrenen Bildern wie manisch-depressiven und einem kleineren Teil von deliranten Zu-

standsbildern. ROEMER legt besonderen Wert auf die Unterscheidung der Amentia bei Puerperalpsychosen, die sicher von der bei Schizophrenie oder Manie auftretenden unterschieden werden könne. KARNOSH u. HOPE betonen wiederum die Häufigkeit der deliranten Zustandsbilder bei Puerperalpsychosen, ebenso CIULLA. BECKMANN beschreibt einen spezifischen Verlauf der Wochenbettpsychosen; kurze Prodromalsymptome, Amentia mit Unruhe, Verwirrenheit und sprachliche Inkohärenz, kurze Zeit manisch-halluzinatorische Phase, dann Stimungsanomalie mit Depression, seltener Manie. ROEMER jun. spricht davon, daß Puerperalpsychosen fast ausschließlich unter dem Bilde einer amentuellen oder deliranten Abwesenheit verliefen. Bei BREW u. SEIDENBERG findet sich wiederum ein Überwiegen der manisch-depressiven Bilder über die schizophrenen. De CARO u. DUBOIS teilen ihre 171 Fälle sehr genau auf und zwar in 54 Fälle von halluzinatorischer Verwirrtheit, in 19 von manisch-depressivem Irresein, in 30 von Melancholie, in 15 von Manie, in 15 von Schizophrenia simplex, in 17 von hebephren-katatonen Erscheinungsformen und in 21 von paranoiden. Auch hier überwiegen die manisch-depressiven und amentuellen Erkrankungen. SCHWINGENHEUER unterscheidet zwischen endogener und exogener Symptomatik. Bei den endogenen Erkrankungen findet er ca. ebensoviel manisch-depressive wie schizophrene. FLAMENT gibt wiederum eine recht genaue Beschreibung des Verlaufes der Wochenbettpsychosen. Die Krankheit trete einige Tage nach der Entbindung auf, beginne mit Ängstlichkeit, steigere sich zur Verwirrtheit, um schließlich nach 8 - 14 Tagen in die eigentliche Psychose überzugehen. COMBS teilt seine Fälle auf in 60 % katatone, 26 % hebephrene, 10 % paranoide, 2 % manisch-depressive Erkrankungen und 2 % symptomatische Psychosen bei Hirnvenenthrombose. G. SCHNEIDER stellt 1958 fest, daß sich das Bild der Puerperalpsychosen weitgehend geändert habe. Man sehe immer mehr Depressionen und immer weniger delirante Zustände. Zu dem gleichen Ergebnis kommen BENTE u. DÜRER. MARTIN unterteilt wiederum in 5 Gruppen; affektive Psychose, Schizophrenie, schizoaffektive Psychose, toxische Verwirrheitszustände und Hysterie. Zum Schluß dieses Kapitels seien noch einige Ergebnisse aus der neuesten Literatur angeführt. PAULEIKHOFF schreibt:

"Bei den am 3. - 5. Tag im Wochenbett hervortretenden Psychosen handelt es sich vorwiegend um amentuelle und manische Bilder, die nach einer späteren Geburt und sonst im Leben kaum wiederkehren.

Am 6., 7. und 8. Wochenbettstag nehmen gelegentlich endogen-depressive und schizophrene Bilder mit ungünstiger Prognose ihren Anfang.

Am 9. Tag des Wochenbettes bzw. am Tage der Entlassung aus dem Krankenhaus und vor der Wiederaufnahme der Hausarbeit setzen vor allem günstig verlaufende atypische endogene Psychosen mit schwächer ausgeprägter amentueller und auch vorwiegend schizophrener Symptomatik ein.

Am 10. Tag nach der Entbindung bzw. am Tage der Entlassung aus dem Kran-

kenhaus und der Wiederaufnahme der Hausarbeit treten ausschließlich endogene Depressionen in Erscheinung, die nur selten atypische Züge zeigen und im späteren Leben wiederkehren können.

In den ersten Tagen nach dem Wochenbett beginnen vorwiegend endogen-depressive und gelegentlich auch schizophrene Bilder mit nicht günstiger Prognose.

In der 3. und 4. Woche nach der Entbindung entstehen in erster Linie endogen-depressive Phasen, die sich im späteren Leben wiederholen können.

Im Abstand von 2 Monaten post partum sind vorwiegend endogen-depressive Bilder mit phasenhaftem Verlauf zu beobachten.

Im Abstand von 3 und 4 Monaten nach der Geburt sind vorwiegend schizophrene Bilder mit schubweisem Verlauf anzutreffen.

Die meisten, insbesondere die amentuellen endogenen Psychosen entstehen nach der ersten Geburt."

KRÜGER stellt fest:

"Symptomatologisch:

1. Affektivität: (Todes-) Angst, ängstliche Getriebenheit und Ratlosigkeit mit Neigung zu Umschlag in überschießend heiter-freudige, sorglose und beschwingte Stimmung oder gereizte Erregtheit mit auf Kind, Ehemann oder Mutter gerichteten aggressiven Affektäußerungen.

2. Verhalten: Extrem aggressive, infantile Verhaltensweisen mit erhöhtem Anlehnungs- und Zärtlichkeitsbedürfnis, narzisstische Einstellung, nicht selten plötzlicher Übergang in hochgradigen Erregungszustand oder Stupor.

3. Denkinhalte: Minderwertigkeits- und Insuffizienzgedanken, Schuld- und Verunsicherungsgedanken, die um Kind, Ehemann und eigene Person kreisen, verbunden mit paranoider Schuldverarbeitung und oft auch einer leib-hypochondrischen Wahnthematik."

Ätiologie

FÜRSTNER schreibt 1875: "So groß auch zeitlich der Sprung erscheint von den Tagen eines Hippokrates und Galen, welche die Beantwortung dieser Frage (nach der Ätiologie) in einer Congestio der Lochien und der Milch zu finden meinten, bis in unsere Tage, wo Anämie und Hyperämie mit dem unvermeidlichen Hirnoedem noch immer, bald in verschämterer, bald in anspruchsvollerer Weise zur Erklärung herangezogen werden, so mannigfaltige Versuche gemacht worden sind, alle möglichen somatischen Veränderungen, Entzündung der Brüste, der Geburtswege, der Hirnhäute des Schädeldaches als Ursache zu beschuldigen oder aus den verschiedensten Gemütsindrücken, Schreck, Kummer, Furcht, direkt die Psychose abzuleiten; der Lösung des eigentlichen Kerns der Frage sind wir nicht viel näher getreten und werden es auch nicht, solange uns die bei den Psychosen im Gehirn stattfindenden Vorgänge eine terra incognita sind."

Daran hat sich bis heute noch nicht allzuviel geändert. Man ist zwar mehr und mehr von einer körperlichen Begründung der Puerperalpsychosen abgekommen und wendet sich in stärkerem Ausmaß der Ergründung psychodynamischer Faktoren zu, aber die terra incognita besteht nach wie vor. Die eigentlichen somatischen Ursachen der Psychosen werden uns wohl noch länger unbekannt bleiben, aber das Zusammentragen auslösender Faktoren führt doch auch schon zu einem Fortschritt in der Erforschung der Gemütskrankheiten. Im folgenden sei eine kurze Literaturübersicht gegeben, woraus der Wandel in den Anschauungen deutlich wird.

Heredität und Konstitution:

Verschiedene Autoren sind der Ansicht, daß auch bei Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen Heredität und Konstitution eine gewisse Rolle spielen, da Schwangerschaft und Puerperium als Stress wirken und es so leichter zur Auslösung endogener Psychosen kommen kann (ARMSTRONG-JONES, MASSAZZA, LOPES, ZILBOURG, HAUPTMANN, RIZZATTI, STEINMANN, BLINOV, HÜBNER, PIRES u. PINTO, de CARO u. DUBOIS, COMBS, FINOTTI, VISLIE, CAIN, SERMENT u. de VERVILLE, SEAGER). Andere dagegen lehnen solche Einflüsse weitgehend ab (MASIERI, MILKUS, LANTUEJOUL). STRECKER u. EBAUGH finden eine leichte Disposition der jüdischen Rasse.

Alter und Stand:

RIZZATTI findet eine Disposition um das 30. Lebensjahr. BREW u. SEIDENBERG untersuchten Patientinnen von 15 - 46 Jahren, PIRES u. PINTO Patientinnen von 16 - 36 Jahren, Mc NAIR solche zwischen 21 und 39 Jahren, COMBS solche zwischen 16 und 43 Jahren. CAIN, SERMENT u. de VERVILLE sind der Ansicht, daß Wochenbettpsychosen im allgemeinen bei jungen Primiparae auftreten. Auch IWANOVA spricht von einer großen Disposition jugendlicher Kranker, de CARO u. DUBOIS dagegen finden bei ihren Patientinnen 122 Mehr- und nur 39 Erstgebärende, Mc NAIR wiederum ein leichtes Überwiegen bei Primiparae. ARMSTRONG-JONES findet bei unehelichen Geburten Geisteskrankheiten häufiger, auch FLAMENT spricht von einem Einfluß illegitimer Gravidität, ebenfalls PAULEIKHOFF, KRÜGER. Von FÜRSTNER und BINDER wird ein solcher abgelehnt.

Körperliche Ursachen:

ZAPIOLA, WRIGHT, MASIERI u. a. sehen die Ursache der Schwangerschafts- und Wochenbettpsychosen noch hauptsächlich in toxisch-infektiösen Schädlichkeiten. MACACOVA macht bereits darauf aufmerksam, daß die Ätiologie der Puerperalpsychosen nicht nur von diesem Standpunkt aus zu erklären ist. BRUGNATELLI weist auf Funktionsstörungen des Ovars hin. MILKUS macht organisch bedingte Insuffizienz der Hirnrinde für die geistige Störung verantwort-

lich. HAUPTMANN spricht neben anderen Faktoren auch von Fiebereinflüssen. DUPONY u. CURTOIS sprechen wiederum davon, daß die echte Schwangerschaftspsychose durch Vergiftung psychischer Zentren hervorgerufen sei. SEITZ betont die Bedeutung chemisch-physikalischer Veränderungen im Blute und Körper der Frau, die durch die wachsende Tätigkeit der Geschlechtsorgane hervorgerufen seien. Trotzdem stellt er aber fest, daß eine Störung der hormonalen Harmonie keine Störung des körperlichen Befindens zur Folge zu haben braucht. CURTOIS u. MARESCHAL heben die Bedeutung von Liquorveränderungen bei puerperalpsychotisch erkrankten Frauen hervor. HEIDEMA drückt sich vorsichtiger aus, indem er von spezifischen biologischen Schädlichkeiten spricht, die uns bisher noch unbekannt sind. BLOCH sieht bei durch Septikämie hervorgerufenen Psychosen im Puerperium makroskopisch-mikroskopische Hirnveränderungen wie Hyperämie der Meningen und Hirnrinde und perivaskuläre Veränderungen. PARLITT findet Störungen der Nierenfunktion. ITO legt größten Wert auf die Bedeutung der Mastitis bei dem Auftreten von Puerperalpsychosen. BLINOV, GOIAN, u. ORNSTEIN sprechen von einer Insuffizienz der Hypophyse, Thyreoidea, Nebenniere, Ovar und Epithelkörperchen. HARWORTH gibt hauptsächlich der Unterernährung und Entkräftung der Patientinnen die Schuld am Auftreten geistiger Störungen. FISCHETTI denkt wieder an endokrine Momente, Erschöpfung, Autointoxikation, Anämie, rasche Blutdruckschwankungen. FINOTTI erwähnt noch neben anderen Ursachen toxische und infektiöse. IVANOWA hält wiederum Störungen des hormonalen Haushaltes ursächlich für möglich. BENTE (1963) meint, Stoffwechselstörungen und infektiöse Vorgänge scheinen ebenfalls eine ätiologische Rolle zu spielen.

Situative Einflüsse:

Die Möglichkeit, daß situative Einflüsse bei der Entstehung von Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen eine Rolle spielen könnten, räumt bereits FÜRSTNER ein, und es ist immer wieder daran gedacht worden. RIZZATTI hebt ebenfalls die Bedeutung ungünstiger sozialer und hygienischer Verhältnisse hervor. KARNOSH u. HOPE sprechen von einem Anwachsen der Puerperalpsychosen in politisch bewegten Zeitläufen, was von BREW u. SEIDENBERG nicht bestätigt wird. Auch HARWORTH erwähnt die ätiologische Bedeutung mißlicher äußerer Verhältnisse. Über ein Viertel seiner Patientinnen litt darunter. MEYERS weist mit Nachdruck auf die eminente Bedeutung des sozialen Faktors bei allen geistigen Störungen hin. VISLIE findet bei 22 seiner 67 Fälle Stress-Situationen als auslösende Ursachen. MYERS u. ROBERTS eruierten eine größere Zahl psychotischer Erkrankungen während Schwangerschaft und Wochenbett bei Patientinnen aus Sozialklasse V als bei solchen aus Sozialklasse III, wogegen PIRES u. PINTO ein leichtes Vorherrschen bei Intellektuellen errechneten. SEAGER stellt ebenfalls keine größere soziale Belastung psychisch erkrankter Wöchnerinnen fest gegenüber solchen ohne Geistesstörungen. DEUTSCH schreibt dazu in Psychologie der Frau: "Es ist jedoch

auffallend, wie häufig Entbindungen in einer jämmerlichen Lebenssituation, in Not und Sorge, mit Furcht vor sozialen Konsequenzen (Illegitimität), in einer unglücklichen Ehe u. s. w. unbehindert ihren normalen biologischen Verlauf nehmen."

Psychodynamische Faktoren:

Da kein Vorgang so einschneidend in das Leben der Frau eingreift wie Schwangerschaft und Geburt, wird man auch hier am offenkundigsten die leib-seelischen Beziehungen feststellen können. Unbewältigte Konflikte (noch nicht vollzogene Loslösung vom Elternhaus, Abneigung gegen den Ehemann, Schuldgefühle, die sich auf die Frau selbst und im erweiterten Sinne auch auf das Kind konzentrieren) werden bei der Auslösung psychischer Störungen durch Schwangerschaft und Geburt eine große Rolle spielen.

Zu Forschungen in dieser Richtung finden sich immer wieder Ansätze, um heute besonders in der amerikanischen Literatur eminente Bedeutung zu erlangen. HAUPTMANN hebt die Wichtigkeit der Einstellung der Frau zu den Generationen vorgängen hervor. Von manchen Autoren ist auch daran gedacht worden, daß das Geschlecht des Kindes eine Rolle spielen könne. BREW u. SEIDENBERG finden keinen ursächlichen Zusammenhang, wogegen sich bei Mc NAIR ein Überwiegen bei Mädchengeburten zeigt. DEUTSCH meint dazu, im Oberbewußtsein wünschten sich die meisten Frauen als erstes Kind einen Jungen, da ja auch der Ehemann und die Familie dies wünschen. Im Unterbewußtsein dagegen sehnte sich die Mutter aufgrund ihrer narzisstischen Einstellung nach einer Tochter, um gleichsam ihre eigene Wiedergeburt in Jugend und Schönheit zu erleben. Es sei auffällig, wie oft der Traumjunge als häßlich und das Traummädchen als schön erlebt werde. RHEINGOLD hält es für unwahrscheinlich, daß sich irgendeine Frau die Geburt eines Mädchens wirklich wünsche.

Mc NAIR weist auf die Bedeutung einer mangelhaften Loslösung vom Familienkreis hin. BREW u. SEIDENBERG machen vor allem eine strenge Bindung an den mütterlichen Elternteil verantwortlich. FLAMENT weist bei der Untersuchung psychologischer Faktoren bei der Auslösung von Puerperalpsychosen auf die Rolle hin, die Aggression gegen den Partner und neurotische Einstellung zur Mutterschaft und dem Kind spielen. In der gleichen Richtung forscht COMBS, wobei er noch das Vorliegen religiöser Momente mitberücksichtigt. VISLIE findet bei seinen Kranken keine Abweichung vom Normalen in Beziehung auf Einstellung zum Ehemann und zum Kind, dagegen eine solche in Beziehung auf affektive Haltung gegenüber der Mutterschaft und der Geburt. CAIN, SERMENT u. de VERVILLE halten es für möglich, daß seit langem schwelende, bisher unbewältigte Konflikte durch Schwangerschaft und Geburt zum Ausbruch kommen. RHEINGOLD gibt in seinem Buch: "Die Angst, Frau zu sein" eine Darlegung der Situation, in der sich die werdende Mutter befindet. Um eine gute Erzie-

herin und nicht neurotisch gestörte Mutter zu sein, müsse sie sich mit ihrer eigenen Mutter identifizieren können und somit ihre Rolle als Frau annehmen. In den meisten Fällen sei dies aber nicht der Fall. Das weibliche Kind vor allem befinde sich von Anfang an dauernd unter dem zerstörerischen Einfluß einer dominierenden Mutter. Es habe auf Grund der eigenen kindlichen Hilflosigkeit keine Möglichkeit, sich diesem zu entziehen. Unterstützung erhoffe es vom Vater, der diese aber nicht gewähren könne, da er selbst eine untergeordnete Rolle in der Familie spiele, s. a. MYERS u. ROBERTS. Das Mädchen werde also folgerichtig dazu gebracht, sich mit dem Vater zu identifizieren, da dieser wie es unter der Mutter leide, aber der Tochter meist große Zuneigung entgegenbringe. Jedes weibliche Individuum befinde sich in einem Teufelskreis, einst und oft auch während des Erwachsenenalters den zerstörenden Tendenzen der Mutter ausgeliefert, könne es deshalb den eigenen Kindern wiederum keine "Mutterliebe" entgegenbringen. Die Frau kämpfe oft lebenslang um die Loslösung von der Mutter, ohne sie jemals vollziehen zu können, denn jede Mutter sei bestrebt, ihre Kinder fest an sich zu binden. Gerieten diese in Schwierigkeiten, so komme dies ihren Wünschen entgegen, ihre dominierende Rolle weiterzuspielen. In diesen Kampf der Frau werde der Ehemann verwickelt und schließlich das Kind. Aus der mangelnden Identifizierungsmöglichkeit mit der Mutter, ja mit einer Frau überhaupt, resultiere die Abneigung gegen Schwangerschaft und Geburt bis zur infantizidalen Tendenz. Daraus wiederum entstünden Schuldgefühle, die bei psychotischen Erkrankungen oft deutlich zum Ausdruck kommen (s. a. BREW u. SEIDENBERG, VICTOROFF, KRÜGER).

Abschließend seien KRÜGERS tiefenpsychologische Gesichtspunkte bestimmter Konstellationen, die er bei den Wochenbettpsychosen für bedeutungsvoll hält, wiedergegeben:

- "1. Eine starke Bindung an die eigene Mutter,
2. ein daraus erwachsender Infantilismus,
3. die Ablehnung des Kindes bedingt durch hohe eigene Ansprüche an ein Umhegt- und Geborgensein durch die Mutter oder andere zur Übertragung geeignete Personen aus der Angst vor einem Verlust der eigenen Integrität, aus Angst vor einer Verarmung des Ichs.

Zu den obengenannten psychologischen Faktoren kommen noch ungünstige äußere Einflüsse . . . und nicht zuletzt ein ungünstiges häusliches Milieu, das nicht selten die Mutter oder die Schwiegermutter durch ihr beherrschendes Verhalten bestimmt, wodurch dann leicht die Entfaltung der jungen Ehefrau verhindert wird. Eine solche dominierende Rolle kann durchaus auch einmal der Vater, Schwiegervater oder eine andere verwandte Person spielen. Es nimmt nicht Wunder, daß gerade diese anlehnungsbedürftigen und unselbständigen jungen Frauen im Hause der Eltern oder der Schwiegereltern ihren Hausstand gründen. Damit sind sie dann oft schon dazu bestimmt, ihre Rolle als Kind weiterzuspielen."

Therapie

Natürlich hat sich die Therapie der Gestationspsychosen im Laufe der Zeiten mit den Anschauungen von der Ätiologie gewandelt. Während man früher in der Hauptsache körperliche Unstimmigkeiten zu beseitigen suchte, hat sich die Behandlung mehr und mehr der der endogenen Psychosen angeglichen. WRIGHT empfiehlt 1923 noch Spitalbehandlung, prolongierte Bäder und Luminal. LALOR hat bei seinen 3 beschriebenen Fällen eine spezifische Vaccinetherapie angewandt und gute Erfolge gesehen. Er tritt auch für deren prophylaktische Anwendung ein. Durch subcutane Injektion von Ovarialextrakt heilten WILSON u. CHRISTIE ihre Patienten. LANGFELD setzte seinen Ovarialpräparaten noch Thyreoidea-Extrakt zu und erzielte ebenfalls gute Remissionen in unmittelbarem Anschluß an die Verabreichung. BARKIN therapierte wiederum mit einer Protein-Vaccine, die er "mixed vaccine T. A. R." nannte. MENACEE verbietet das Stillen und zwar auch prophylaktisch für alle Zukunft. Denselben Rat gibt schon FÜRSTNER 1875. Vom Standpunkt des Gynäkologen aus empfiehlt BLOCH den operativen Eingriff und Reizkörpertherapie, wobei er die meisten Heilungen auf den operativen Eingriff zurückführt. Mc GORGAN weist darauf hin, daß der überwachende Arzt sorgfältig auf den psychischen Zustand der Schwangeren achten solle. ITO, der die Hauptschuld am Ausbrechen der Puerperalpsychosen der Mastitis gibt, plädiert für rechtzeitige Eiterentleerung, wodurch u. U. der Ausbruch der Psychose verhindert werden könne. DAELMANN behandelt eine Patientin mit künstlicher Fiebererzeugung. Diese erkrankt an einer gynäkologischen Affektion und wird gesund. GUIRARD u. NODET und FERDIERE wenden Vitamin E an und verzeichnen Erfolge. MEERLOO empfiehlt allgemein roborierende Maßnahmen, Hypnose und Schlaf. Durch Beseitigung ungünstiger äußerer Umstände hält es dagegen HARWORTH für möglich, den Ausbruch von Schwangerschaftspsychosen zu verhindern. BREW u. SEIDENBERG weisen ebenfalls schon auf die Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung hin, führen aber auch Therapie mit Elektroschock, Behebung des Proteinmangels und Überwachung des Elektrolythaushaltes durch. BALDUZZI weist wiederum auf die Bedeutung der Elektroschockbehandlung hin, ebenso de CARO u. DUBOIS. VICTOROFF rät vorsichtige Anwendung von Hormonen (Thyreoid-Progesteron), sowie ärztliche Überwachung von Mutter und Kind, bei Bedarf Elektroschock. GOAS macht in der Therapie der Gestationspsychosen keine Ausnahme und behandelt sie im wesentlichen wie Psychosen, die außerhalb des Puerperiums auftreten. COMBS schließt sich dieser Meinung an und behandelt hauptsächlich mit Sedativa, vereinzelt mit Elektroschock. Bei FINOTTI sind außer Sedativa und Elektroschockbehandlung noch Antibiotica, Multivitamine und Hormone angegeben. Für Elektroschockbehandlung plädieren auch VISLIE, MARTIN. CAIN, SERMENT u. de VERVILLE geben im wesentlichen dasselbe an, wobei sie die Bedeutung von psychotropen Substanzen und Elektroschock besonders hervorheben. Sorgfältige

Überwachung der Frauen während Schwangerschaft und Wochenbett rät wiederum SEAGER. Bei PAULEIKHOFF finden wir ebenfalls Richtlinien für die Behandlung psychotisch erkrankter Frauen in Schwangerschaft und Wochenbett und zwar rät er, nicht gleich mit zu drastischen Maßnahmen einzuschreiten, sondern erst einmal abzuwarten, wie sich die Krankheit entwickelt, besonders in der Schwangerschaft. Vor allem müsse man vorsichtig sein mit der Anwendung chemischer Mittel, da deren Wirkung auf den Fetus ja niemals hinreichend erprobt werden könne. Machen es die Schwere der Erkrankung notwendig, sei gegen die Behandlung mit physikalischen Methoden nichts einzuwenden. Äußerst wichtig sei die psychotherapeutische Betreuung durch den behandelnden Arzt. Bei reaktiven Depressionen in der Schwangerschaft könne vielleicht durch Verbesserung der häuslichen Umstände geholfen werden. Auch bei im Puerperium auftretenden Psychosen solle möglichst zurückhaltend therapiert werden. Die Bedeutung der psychischen Führung wird auch hier unterstrichen.

Verschiedene Autoren (DECIO, LOPES, DUPONY u. CURTOIS, MUTA, McGORGAN, RAMFORD, v. d. HEYDT, VISLIE) kommen im Rahmen der Therapiebesprechung auch auf das Thema der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung. Die Ansichten gehen ziemlich auseinander. Auch heute besteht bei den Zuständigen keineswegs Einmütigkeit in dieser Frage (PAULEIKHOFF). KOLLE fordert, strenge Maßstäbe an Schwangerschaftsunterbrechung aus psychiatrischer Anzeige zu legen.

Prognose

Die Prognose wird im allgemeinen als verhältnismäßig gut angegeben (WRIGHT, LOPES, STEINMANN, GAYRAL u. FERRIER, FINOTTI, G. SCHNEIDER, KRÜGER). Andere dagegen machen Einschränkungen. BOURNE macht die Prognose natürlich noch vom Ausgang der organischen Krankheit abhängig. MASIERI beobachtet Heilung in 60 % bei Amentia, in 35 % bei manisch-depressiven Psychosen, aber niemals bei Dementia praecox, RAMFORD sieht bei der Hälfte seiner 97 Patientinnen Besserung eintreten, die andere Hälfte benötigte Anstaltsbehandlung oder verstarb an organischen Komplikationen. STEINMANN glaubt, daß die Prognose nur bei den nicht hereditär belasteten Patientinnen günstig sei, bei diesen aber ausschließlich. HARRIS spricht den Psychosen, die in einer ersten Schwangerschaft auftreten, eine bessere Prognose zu als solchen, die bei Mehrgebärenden auftreten. VICTOROFF spricht von der Neigung der Gestationspsychosen zu Rezidiven. Auf diese Tatsache macht auch VISLIE aufmerksam, besonders bei chronisch verlaufenden Neurosen sei das Risiko eines Rückfalles groß. CAIN, SERMENT u. de VERVILLE weisen ebenfalls auf die Rezidivneigung hin.

Eigene Untersuchungen

Material und Methodik

In der Nervenklinik der Universität München wurden in einem Zeitraum von 5 Jahren (1956 - 1960) 78 Patientinnen wegen Puerperalpsychose und 15 Patientinnen wegen Schwangerschaftspsychose stationär behandelt.

Aus den Krankengeschichten dieser 93 Patientinnen wurde zunächst das klinische Bild herausgestellt.

Um festzustellen, inwieweit die Gestationspsychosen von situativen Einflüssen abhängen, wurden die Krankengeschichten noch auf folgende Gesichtspunkte hin untersucht: Alter, Familienstand, Sozialschicht, Einflüsse des Elternhauses, konfliktauslösende Momente wie Eheschwierigkeiten und Kinderzahl der Patientinnen.

Katamnestiche Untersuchungen wurden nicht gemacht.

Nosologie

Als Puerperalpsychosen wurden in der vorliegenden Arbeit alle die psychotischen Erkrankungen zusammengefaßt, die in der Zeit bis zu 2 Monaten nach der Entbindung auftraten. Ob die Patientin gestillt hat oder nicht, wurde nicht berücksichtigt.

In der Tabelle Ia und Ib sind die Ergebnisse in bezug auf das klinische Bild zusammengestellt. Dazu muß erstens gesagt werden, daß die Abgrenzung zwischen den Krankheitsbildern paranoide Psychose und cycloide Psychose keine 100 %ige sein kann. Oft lautete in den Krankengeschichten die Diagnose Wochenbettpsychose oder Schwangerschaftspsychose, und die Diagnose paranoid oder cycloid mußte aus der Beschreibung des Zustandsbildes ersehen werden. Dann muß auch berücksichtigt werden, daß der eine schon als paranoide Psychose bezeichnet, was der andere noch unter der Bezeichnung cycloid laufen läßt.

Bei Betrachtung der Tab. Ia und Ib fällt auf, daß, wie aus der Literatur allgemein bekannt ist, Puerperalpsychosen viel häufiger auftreten als Schwangerschaftspsychosen. Manische Erkrankungen traten bei den untersuchten Patientinnen während der Schwangerschaft nicht auf, was zweifellos mit der geringen Fallzahl (15) in Zusammenhang stehen kann. Die häufigste Erkrankung während Schwangerschaft und Wochenbett war die Depression. Die paranoiden und cycloiden Psychosen kann man als ungefähr gleich häufig bezeichnen, wobei bei ihrer Betrachtung noch einmal auf die oben erwähnten Schwierigkeiten hingewiesen sei. Bei Erkrankungen aus dem cycloiden Formenkreis handelte es sich vorwiegend um Verwirrtheitspsychosen.

Tabelle Ia

S	Jahr	D		P	C
		d	m		
	1956	2	-	-	1
	1957	4	-	-	-
	1958	2	-	-	1
	1959	1	-	-	1
	1960	1	-	2	-
	insges.	10	-	2	3

Tabelle Ib

W	Jahr	D		P	C
		d	m		
	1956	15	-	2	2
	1957	6	1	3	2
	1958	12	-	4	5
	1959	8	1	4	-
	1960	11	1	1	-
	insges.	52	3	14	9

Zeichenerkl.: D = manisch-depressive Erkrankung
 d = depressiv m = manisch
 P = paranoide Erkrankung
 C = cycloide Erkrankung
 S = Schwangerschaftspsychose
 W = Wochenbettpsychose

Soziale Aspekte

Alter

Eine besondere Altersdisposition konnte nicht festgestellt werden. Das Alter der in dem untersuchten Zeitraum behandelten Patientinnen mit Schwangerschaftspsychose lag zwischen 23 und 46 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 34,3 Jah-

re. Das Alter der Patientinnen mit Puerperalpsychose lag zwischen 19 und 43 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 31,1 Jahre, lag also etwas tiefer als das der an Schwangerschaftspsychose erkrankten Patientinnen.

Familienstand

Die naheliegende Vermutung, daß Gestationspsychosen und besonders Schwangerschaftspsychosen bei Unverheirateten öfter auftreten, konnte nicht bestätigt werden. Unter den 93 untersuchten Fällen fanden sich nur 2 unverheiratete Patientinnen mit Schwangerschaftspsychose und 3 Patientinnen mit Wochenbettpsychose. Das Erwarten und die Ankunft des unehelichen Kindes scheint für sich allein keine Disposition für Gestationspsychosen zu schaffen.

Sozialschicht

Die Einteilung des Patientengutes in 5 Sozialschichten wurde im wesentlichen nach dem Muster von PFLANZ vorgenommen, wobei die dort erwähnten Schwierigkeiten natürlich auch hier auftraten. Da es sich bei unseren Fällen ja nur um Frauen handelt, wurde der Beruf des Ehemannes als Kriterium zugrundegelegt, der Beruf bzw. die Schulbildung der Patientin mitberücksichtigt. Landwirtsgattinnen wurden nicht wie bei PFLANZ in Sozialschicht II, sondern je nach Größe des Besitzes in Sozialschicht III oder IV eingeordnet, da in Bayern die überwiegende Zahl der Landgüter nicht sehr groß ist. Bei PFLANZ wird auf diesen Umstand ebenfalls hingewiesen in bezug auf das Land Hessen. Das Schema von PFLANZ, das dieser in Zusammenarbeit mit dem Soziologischen Seminar der Universität Köln aufstellte, sei auszugsweise angeführt:

"Sozialschicht I:	Akademiker Höhere Beamte Offiziere
Sozialschicht II:	Selbständige Kaufleute Landwirte Handwerker Gastwirte Mittlere Beamte Werkmeister
Sozialschicht III:	Kfm. Angestellte Techn. Angestellte Gelernte Arbeiter
Sozialschicht IV:	Untere Beamte Verwaltungsangestellte Krankenschwestern Krankenpfleger

Musiker, Künstler
Unteroffiziere

Sozialschicht V:

Ungelernte Arbeiter
Angelernte Arbeiter
Soldaten"

Zunächst wurde nun das gesamte Krankengut an psychotisch erkrankten Frauen, die in den Jahren 1956 - 1960 in die Universitäts-Nervenklinik zur Behandlung kamen (1461 Fälle, enthaltend auch die 93 Fälle von Gestationspsychosen) in 5 Sozialschichten unterteilt. Dann wurde dasselbe für die 93 Fälle von Gestationspsychosen durchgeführt und schließlich der prozentuale Anteil der Schichten an den gesamten und den Puerperalpsychose-Fällen (78) berechnet, s. Tab. IIa, IIb u. IIc. Dieselbe Rechnung für die 15 Fälle von Schwangerschaftspsychosen durchzuführen, erschien nicht sinnvoll, da die Fallzahl zu gering ist. Es fällt nun auf, daß gemessen an den Zahlen in Tab. IIa bei den Gestationspsychosen eine Verschiebung in Richtung auf die höheren Sozialschichten besteht und zwar scheint dieses Ergebnis in der Hauptsache auf das Konto der Puerperalpsychosen zu gehen. Bei den Schwangerschaftspsychosen fand sich kein Fall von Sozialschicht I oder II (was natürlich auch an der geringen Fallzahl liegen mag), bei den Puerperalpsychosen dagegen 11 Fälle. Es hat den Anschein, als ob schlechte soziale Stellung nicht allgemein als Ursache zumindest der Puerperalpsychosen angeschuldigt werden könne.

Tab. IIa

Sozialschicht	I:	6 Fälle =	0,41 %
"	II:	122 Fälle =	8,35 %
"	III:	516 Fälle =	35,32 %
"	IV:	576 Fälle =	39,42 %
"	V:	241 Fälle =	16,50 %

Tab. IIb

Sozialschicht	I:	0 Fälle =	0,00 %
"	II:	11 Fälle =	11,83 %
"	III:	40 Fälle =	43,01 %
"	IV:	33 Fälle =	35,48 %
"	V:	9 Fälle =	9,68 %

Tab. IIc

Sozialschicht	I:	0 Fälle =	0,00 %
"	II:	11 Fälle =	14,10 %

Sozialschicht	III:	31 Fälle = 39,74 %
"	IV:	30 Fälle = 38,46 %
"	V:	6 Fälle = 7,70 %

Einfluß der Orientierungsfamilie

Das Krankengut wurde in 3 Gruppen unterteilt: 1. schlechtes Verhältnis zum Elternhaus, 2. normales Verhältnis zum Elternhaus, 3. besonders enges Verhältnis zum Elternhaus (s. Tab. III). Dabei ergaben sich wiederum gewisse Schwierigkeiten, vor allem in bezug auf Gruppe 2. Es läßt sich natürlich nicht einwandfrei feststellen anhand der Krankengeschichten, ob wirklich in allen Fällen das Verhältnis zum Elternhaus als normal bezeichnet werden kann. ERNST, der die sogenannten geordneten Familienverhältnisse bei späteren Schizophrenen untersuchte, fand, daß sie fast alle nicht als geordnet bezeichnet werden konnten. Aber vorausgesetzt, daß die Bezeichnung normales Verhältnis zum Elternhaus bei den vorliegenden Untersuchungen zurecht besteht (im allgemeinen sind die Patientinnen verhältnismäßig offen bei der Schilderung einer ungünstigen Kindheit, und auch der Laie neigt dazu, diese als Ursache für spätere seelische Störungen verantwortlich zu machen), so findet man doch einen auffallend hohen Anteil der Patientinnen am Gesamtgut, bei denen das Verhältnis zum Elternhaus in positiver oder negativer Richtung von der Norm abweicht, nämlich 2/3. Daß die Gruppen 1 u. 3 (ungünstiges und besonders enges Verhältnis zum Elternhaus) zusammengenommen und der Gruppe 2 (normales Verhältnis zum Elternhaus) gegenübergestellt werden, geschieht in der Annahme, daß sowohl schlechte Familienverhältnisse als auch eine zu enge Bindung an die Eltern sich auf die psychische Entwicklung des Menschen ungünstig auswirken.

Tab. III

	Verhältnis zum Elternhaus		
	schlecht	normal	besonders eng
S	2	9	4
W	17	46	15

Zeichenerkl.: S = Schwangerschaftspsychose

W = Wochenbettpsychose

Konflikt als auslösende Ursache

Ehe:

Noch naheliegender als der Gedanke an einen Einfluß der Orientierungsfamilie ist wohl der an einen unmittelbaren Einfluß der augenblicklichen Situation, wobei sich als erstes die Frage nach der Ehe der Patientin aufdrängt. Die Krank-

heit könnte als Flucht aus einer ausweglosen Situation angesehen werden, die durch das kommende oder bereits geborene Kind sich unter Umständen noch auswegloser gestaltet. Bei der Durchsicht der Krankengeschichten ergaben sich nun aber Schwierigkeiten. Einmal war bei einem Teil der Fälle keine genauere Angabe über die Ehe bzw. den Ehemann zu finden, zum zweiten ist wohl gerade in bezug auf die Eheverhältnisse die Neigung der Patientinnen verhältnismäßig groß, Konflikte zu verschweigen und eine Ehe als harmonisch zu bezeichnen, die es in Wirklichkeit nicht ist. Tab. IV wird also keinen einwandfreien Einblick in die wahren Verhältnisse geben. Trotzdem finden sich bei ungefähr 1/4 der an Schwangerschaftspsychose Erkrankten Eheschwierigkeiten oder uneheliche Schwangerschaft und bei 1/6 der an Puerperalpsychose Erkrankten die obengenannten Konflikte. Diese Zahlen dürften auf Grund der erwähnten Schwierigkeiten zu niedrig sein.

Tab. IV

Ehe

	gut	schlecht, oder Patientin unverheiratet	keine besonderen Angaben
S	8	4	3
W	38	13	27

Zeichenerkl.: S = Schwangerschaftspsychose

W = Wochenbettpsychose

Kinderzahl:

Es ist auch daran zu denken, ob Gestationspsychosen mehr bei Erstgebärenden oder öfter bei Mehrgebärenden auftreten. Für beide Möglichkeiten ließe sich psychodynamisch ein Anhaltspunkt finden. 1. Für die Primipara sind die Pflichten, die die Mutterschaft mit sich bringt, noch neu. Sie sieht sich plötzlich einer Aufgabe gegenübergestellt, die bisher noch nie von ihr gefordert wurde. Die psychotische Erkrankung könnte in der plötzlichen Konfrontierung mit diesen neuen Pflichten ihre Ursache haben. 2. Es wäre denkbar, daß die Multipara, die die Mühen kennt, welche die Erziehung von Kindern mit sich bringt, sich kein weiteres Kind mehr wünscht, da sie sich überfordert glaubt. Aus der Tab. V ist zu entnehmen, daß bei dem vorliegenden Krankengut zumindest bei den Puerperalpsychose-Fällen die Zahl der Erst- und Mehrgebärenden ungefähr gleich ist. Die Ergebnisse, die in Tab. V zusammengestellt sind, zeigen also, daß weder Primiparae, noch Multiparae besonders disponiert sind. Mehr kann daraus nicht abgeleitet werden.

Tab. V

Auftreten von Psychosen

	beim 1. Kind	bei einem späteren Kind	bei mehreren Gra- viditäten oder Geburten
S	5	9	1
W	34	35	9

Zeichenerkl.: S = Schwangerschaftspsychose

W = Wochenbettpsychose

Diskussion der Ergebnisse

Im Zeitraum von 5 Jahren wurden an der Universitäts-Nervenklinik in München 15 Patientinnen wegen Schwangerschaftspsychosen und 78 Patientinnen wegen Puerperalpsychosen behandelt.

Während im allgemeinen in der Literatur ein Überwiegen der deliranten Formen und der Amentia angegeben wird (MASIERI, MILKUS, PAPPENHEIM, HEIDEMA, KARNOSH u. HOPE, CIULLA, BECKMANN, ROEMER jun., de CARO u. DUBOIS, FLAMENT), wurde in der vorliegenden Arbeit ein einwandfreies Überwiegen der depressiven Bilder festgestellt. Unter den 15 Fällen von Schwangerschaftspsychose fanden sich 10 depressive, unter den 78 Fällen von Puerperalpsychose 52 depressive. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit den Befunden von MASSAZZA und HARRIS. Offenbar hat sich auch im Laufe der Zeit ein Wandel im Erscheinungsbild der Gestationspsychosen vollzogen (G. SCHNEIDER, BENTE u. DÜRER). Einige Autoren stellen sogar ein Überwiegen oder zumindest gleiche Häufigkeit der schizophrenen Bilder gegenüber den manisch-depressiven fest (HARRIS, SCHWINGENHEUER, COMBS). Diese verschiedenen Ergebnisse liegen sicher zum großen Teil an der unterschiedlichen Handhabung der Begriffe paranoide und cycloide Psychose.

Für das Alter der im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Wochenbett erkrankten Patientinnen wurde ein Durchschnittsalter von 34,3 Jahren bzw. von 31,1 Jahren berechnet, um das aber die einzelnen Werte stark schwankten (23 - 46 Jahre bzw. 19 - 43 Jahre). Dieses Ergebnis deckt sich ungefähr mit dem von BREW u. SEIDENBERG, PIRES u. PINTO und Mc Nair. RIZZATTI findet eine Disposition um das 30. Lebensjahr.

Im Einklang mit FÜRSTNER und BINDER wurde keine Disposition unverheirateter Mütter für Gestationspsychosen gefunden. Unter 93 untersuchten Frauen fanden sich nur 5 unverheiratete. ARMSTRONG-JONES und FLAMENT haben einen

Einfluß illegitimer Gravidität festgestellt.

Im Gegensatz zu den Anschauungen von RIZZATTI, KARNOSH u. HOPE, HARWORTH, MAYERS und MYERS u. ROBERTS konnte ein Anwachsen von Gestationspsychosen bei niedrigen Sozialschichten nicht festgestellt werden, wenn man sie mit den Patientinnen vergleicht, bei denen Psychosen ohne Zusammenhang mit Schwangerschaft und Wochenbett auftraten. Es konnte eher die gegenläufige Tendenz beobachtet werden. Ähnliche Anschauungen werden auch bei BREW u. SEIDENBERG, PIRES u. PINTO, und SEAGER vertreten. Ebenso bemerkt die Psychologin DEUTSCH, daß es auffallend sei, wie häufig Entbindungen in einer jämmerlichen Lebenssituation ihren normalen biologischen Verlauf nehmen.

Unter dem vorliegenden Krankengut fand sich eine besonders hohe Zahl von Patientinnen, deren Verhältnis zur Orientierungsfamilie nach oben oder unten von der Norm abweicht, nämlich $2/3$. Der Einfluß der Kindheits- und Jugenderlebnisse scheint demnach eine große Bedeutung bei der Entwicklung späterer psychotischer Störungen zu haben. Mc NAIR und BREW u. SEIDENBERG weisen ebenfalls auf die Rolle des Elternhauses hin.

Konflikte, die Ehe und Ehemann betreffen, fanden sich in $1/6$ - $1/4$ unserer Fälle, wobei darauf hingewiesen wurde, daß diese Zahl bestimmt zu niedrig ist. In der einschlägigen Literatur finden sich Hinweise zu diesem Punkt bei PIRES u. PINTO, FLAMENT, COMBS und VISLIE, Untersuchungen zu diesem Thema führten jedoch zu keinem Resultat.

Ob es sich um eine Primipara bei dem Auftreten von Gestationspsychosen handelt, scheint nach unseren Ergebnissen keine Rolle zu spielen. Die Zahl der Erst- und Mehrgebärenden ist zumindest bei den Wochenbettpsychosen ungefähr gleich groß. CAIN, SERMENT u. de VERVILLE und Mc NAIR sind der Ansicht, daß Gestationspsychosen überwiegend bei Primiparae auftreten, de CARO u. DUBOIS dagegen beobachten bei ihren Patientinnen 122 Mehr- und nur 39 Erstgebärende.

Abschließend ist auf Grund der erhobenen Befunde zu sagen, daß manche sozialen und psychodynamischen Faktoren bei der Entstehung der Gestationspsychosen eine Rolle spielen, vor allem die Beziehung zum Elternhaus und wohl auch die zur Prokreationsfamilie. Dagegen scheinen Alter, Familienstand, Sozialschicht und Kinderzahl eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Zusammenfassung

Zunächst wurde eine kurze Übersicht über die Literatur die Gestationspsychosen betreffend von ungefähr 1920 bis zum heutigen Stand gegeben.

15 Patientinnen wurden im Zeitraum von 1956 - 1960 in der Universitäts-Nervenkl. in München wegen Schwangerschaftspsychose und 78 Patientinnen wegen Puerperalpsychose behandelt.

Die Aufgabe der vorliegenden Arbeit war nun, nach Beschreibung der Nosologie der Fälle zu untersuchen, inwieweit soziale Aspekte und konfliktauslösende Ursachen einen Einfluß auf die Entstehung von Gestationspsychosen haben.

Es zeigte sich, daß sowohl bei Schwangerschaftspsychosen als auch bei Puerperalpsychosen die Depression die häufigste Erkrankungsform ist. Paranoide und cycloide Krankheitsbilder traten ungefähr gleich häufig auf.

Ein Zusammenhang zwischen Gestationspsychosen und Alter wie Familienstand und Sozialschicht der Patientinnen ergab sich nicht. Ein solcher wird aber gefunden zwischen dem Auftreten von Gestationspsychosen und dem Einfluß des Elternhauses. 2/3 der untersuchten Patientinnen hatten kein normales Verhältnis zum Elternhaus.

Bei 1/6-1/4 der Patientinnen (diese Zahl ist wahrscheinlich zu niedrig) lagen als konfliktauslösende Ursachen Eheschwierigkeiten vor. Die Zahl der Kinder oder ob es sich um eine Erstgebärende handelte, ist nach den vorliegenden Untersuchungen nicht von Bedeutung.

Literaturverzeichnis

1. ARMSTRONG-JONES, R.: Puerperal insanity.
Lancet Bd. 204, Nr. 25 S. 1297-1298 (1923).
2. BALDUZZI, E.: La psychose puerperal. Essai d'interprétation pathogénique.
Encéphale (Paris), 40, 11-43 (1951).
3. BARKIN, V.: Protein therapy in insanity of puerperal origin.
Brit. med. J. Nr. 3549, 67 (1928).
4. BECKMANN, E.: Über Zustandsbilder und Verläufe von Puerperalpsychosen.
Allg. Z. Psychiatr. 113, 239-293 (1939).
5. BENTE, D. u. O. A. DÜRER: Schwangerschaft und Psychose.
Med. Klin. 58, 1598-1600 (1963).
6. BINDER, H.: Die uneheliche Mutterschaft.
Bern 1941.
7. BLINOV, A., L. GOIAN et I. ORNSTEIN: Les psychoses puerpérales.
Bull. Soc. roum. Neur. etc. 17, 112-138 (1936).
8. BLOCH, R.: Considérations sur les psychoses puerpérales.
Bull. Soc. nat. Chir. Paris 59, 55-57 (1933).
9. BOURNE, A. W.: Aetiology and prognosis of puerperal insanity.
Journ. of obstetr. a. gynecol. of the Brit. Empire
Bd. 31 nr. 2 S. 2 S. 251-257 (1924).
10. BOURRET: Les troubles psychiques au cours de la puerpéralité.
Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 97 nr. 69 S. 1145-1146 (1924).
11. BRAGNATELLI, E.: Contributo clinico allo studio delle psicosi puerperali.
Folia gynaecol. Bd. 21, H. 3, S. 537-552 (1925).
12. BREW, M. u. R. SEIDENBERG: About psychotic reactions in pregnancy and childbirth.
Nerv. Diss. 111, 408-423 (1950).
13. CAIN, J., H. SERMENT et M. de VERVILLE: Les psychoses précoces du post partum.
Ann. med. psychol. 117, 229-253 (1959).
14. CARO de, D. u. M. DUBOIS: Le psicosi puerperali.
Lav. nevro-psichiatr. (Roma) 10, 281-304 (1952).
15. CIULLA, U.: Disturbi psidici e psicosi nello stato puerperale.
Monit. ostetr. ginec. 12, 577-626 (1940).

16. COMBS, J. D. : Psychoses associated with child bearing.
Dis. New System. 17, 166-169 (1956).
17. CURTOIS, A. et P. MARESCHAL: Le liquide cephalo-rachidien dans la confusion mentale puerpérale.
Ann. med. psychol. 88, II, 325-332 (1930).
18. DAELMAN, L. : Psychose puerpérale à évolution dementielle guérison brusque par fièvre spontanée.
J. belge Neur. 36, 242-244 (1936).
19. DECIO, C. : Tre casi di ansia melanconica durante la gravidanza.
Riv. d'ostetr. e ginecol. prat. Jg. 3, Nr. 7 S. 279-287 (1921).
20. DEUTSCH, H. : Die Psychologie der Frau. II. Bd.
Bern 1954.
21. DUPONY, R. et A. CURTOIS: Des psychoses gravidiques et en particulier de la psycho-polyneurite, Syndrome de Korsakoff.
Encéphale 25, 284-301 (1930).
22. ERNST, K. : "Geordnete Familienverhältnisse" späterer Schizophrener im Lichte einer Nachuntersuchung.
Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 194, 355-367 (1956).
23. FAGAN, R. H. : Problems of the psychoses associated with reproduction.
West J. Surg. etc. 46, 639-641 (1938).
24. FERDIERE, G. et G. DAUMEJON: Syndrome catatonique puerpérale avec areflexie.
Ann. méd. psychol. 95, I, 82-85, (1937).
25. FINOTTI, A. : Le psicosi puerperali.
Riv. ital. ginec. 39, 37-117 (1956).
26. FICHETTI, M. : La psicosi puerperale.
Nevrasse 2, 245-256 (1941).
27. FLAMENT, J. : Le rôle des facteurs psychologiques dans les psychoses post partum.
Acta neurol. et psychiatr. belg. 55, 430-440 (1955).
28. FOUNDEUR, M. , C. FINSSEN, W. A. TRIEBEL and M. A. WHITE:
Post partum mental illness.
Arch. of Neur. 77, 503-512 (1957).
29. FRUMKES, G. : Mental disorders related to childbirth.
J. nerv. Dis. 79, 540-552 (1934).

30. FÜRSTNER, C.: Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen.
Arch. Psychiatr. 5, 505 (1875).
31. GAYRAL et FERRIER: Le pronostic des psychoses du post partum.
Bull. Assoc. Gynécol. 1, 408-409 (1949).
32. GOAS, M. C.: Las psicosis puerperales.
Rev. psiquiatr. y Psicol. méd. 2, 43-52 (1955).
33. GUIRARD, P. et. Ch. NODET: Les psychoses puerpérales et leur traitement. Action de la Vitamine E.
Paris méd. (1936) II, 194-199.
34. HARRIS, J. S.: Mental disorder associated with childbearing.
Brit. med. J. Nr. 3929, 835-837 (1936).
35. HARWORTH, N. A.: Malnutrition and debility in puerperalpsychoses.
Lancet (1939), II 417-418.
36. HAUPTMANN, A.: Der Einfluß der Generationsvorgänge auf die Psyche der Frau.
Arch. Frauenkde. u. Konstit. forsch. 15, 381-4002 (1929).
37. HEIDEMA, S. T.: Puerperalpsychosen.
Psychiatr. Bl. 36, 627-636 (1932).
38. HEYDT v. d., A.: Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei Depression.
Med. Klin. 1949, 321-325.
39. HÜBNER, K.: Art und Verlauf von Psychosen nach dem Wochenbett.
Tübingen: Diss. 1939 (1938).
40. IWANOVA, L. T.: Les psychoses de la période postnatale et de lactation.
Z. Nevropath. Psychiat. 60, 343-347 (1960).
41. ITO, S.: Mastitis and puerperal psychosis.
Jap. J. Obstetr. 17, 373-377 (1934).
42. KARNOSH, L. J. a. J. M. HOPE: Puerperal-psychoses and their sequelae.
Amer. J. Psychiatr. 94, 537-550 (1937).
43. KILPATRICK, E. u. H. M. TIEBOUT: A study of psychoses occurring in relation to childbirth.
Amer. Journ. of Psychiatry Bd. 6, Nr. 1 S. 145-159 (1926).
44. KOLLE, K.: Lehrbuch der Psychiatrie.
Stuttgart 1961.

45. KRÜGER, H.: Die Wochenbettpsychose im Wandel der Anschauungen.
Nervenarzt 35, 448-458 (1964).
46. LALOR, P.: Three cases of puerperal insanity.
Med. Journ. of Australia Bd. 2, Nr. 20 S. 529-530 (1924).
47. LANGFELD, G.: Prompte Beseitigung depressiver Symptome post partum
durch Ovarial-Thyreoidea-Behandlung.
Med. rev. Jg. 45, Nr. 1 S. 1-2 (1928).
48. LANTUEJOUL, P.: Considérations sur les psychoses puerpérales.
Leg. clin. Tarnier 11, 130-145 (1935).
49. LOPES, J.: Klinik und Prophylaxe der Wochenbettpsychosen.
Rev. de Gynecol. e d'Obstetr. Jg. 21, Nr. 5 S. 180-196 (1927).
50. MACACOVA, A.: Graviditäts-Puerperal-Laktationspsychosen.
Rev. v. neurol. a. psychiatrie Jg. 22, Nr. 6 S. 179-184 u. Nr. 7/8
S. 265-274 (1925).
51. MADDEN, J.J., J.A. LUHAN, W. TUTEOR and J.F. BIMMERLE:
Characteristics of post-partum mental illness.
Amer. J. Psychiatr. 115, 18-24 (1958).
52. MARTIN, M.E.: Puerperal mental illness.
Brit. med. J. Nr. 5099, 773-779 (1958).
53. MASIERI, N.: Contributo allo studio della patogenesi delle psicosi
puerperali.
Riv. ital. di ginecol. Bd. 4, H. 2, S. 163-184 (1926).
54. MASSAZZA, M.: Psicopatia in gravidanza.
Arte ostetr. Jg. 41, Nr. 1 S. 1-8 (1927).
55. Mc GORGAN, L.S.: The toxic psychoses of pregnancy and the puerperium.
Amer. J. obstetr. 25, 792-799 (1933).
56. Mc NAIR, F.E.: Psychosis occuring post partum; analysis of 34 cases.
Canad. Psychiatr. assoc. J. 67, 637-641 (1952).
57. MEERLO, A.M.: Einige Stimmungsstörungen mit Psychosen bei der Frau
im Zusammenhang mit der Absonderung von Hormonen.
Nederl. Tijdsr. Geneesk. 1936, 5730-5735 u. dtsh. Zus.fassung. 5735.
58. MENACHEE, M.: Contribution à l'étude des psychoses de la lactation.
Nourrisson 17, 43-44 (1929).
59. MEYERS, F.S.: Socialpsychiatry.
Fol. psychiatr. 52, 254-263 (1949).

60. MILKUS, W.: Puerperale Psychosen.
Polska gazeta lekarska Jg. 6, Nr. 30/31, S. 553-555
Nr. 32, 33 St. 578-580 u. Nr. 34/35 St. 598-600.
61. MUTA, H.: Psychose und Schwangerschaft.
Nagasaki, Zerri 9, 556-561 (1931).
62. MYERS, J. K. and B. H. ROBERTS: Family and Class Dynamics in Mental
Illness.
New York 1959.
63. PAPPENHEIM, M.: Neurosen und Psychosen der weiblichen Generations-
phasen. (Bücher d. ärztl. Praxis).
Wien - Berlin, Julius Springer 1930.
64. PARLITT, D. N.: Psychoses associated with childbirth.
J. med. Sci. 80, 43-57 (1934).
65. PAULEIKHOFF, B.: Seelische Störungen in der Schwangerschaft und nach
der Geburt.
Stuttgart 1964.
66. PFLANZ, M.: Sozialer Wandel und Krankheit.
Stuttgart 1962.
67. PIRES, M. u. H. PINTO jun.: Wochenbettpsychosen.
Arou. Neuro-psiquiatr. 8, 47-64 (1950).
68. RAMFORD, C. B.: An analytical review of a series of cases of insanity with
pregnancy.
J. med. Sci. 80, 58-63 (1934).
69. RHEINGOLD, J. C.: The Fear of Being a Woman.
New-York - London 1964.
70. RIZZATTI, E.: Le psicosi puerperali (Contributo casistico-
statistico).
Rev. ostetr. 13, 235-244 (1931).
71. ROEMER jun., H.: Zur nosologischen und erbbiologischen Beurteilung der
Puerperalpsychosen.
Z. Neur. 155, 555-591 (1936).
72. SCHICKELE: Considération sur quelques rapports entre la psychiatrie et
l'obstetrique.
Gynecologie Jg. 22, Nr. 7, S. 385-395 (1923).

73. SCHNEIDER, G.: Les psychoses puerpérales.
Schweiz. med. Wschr. 1957, 1145-1148.
74. SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie.
Stuttgart 1962.
75. SCHRÖDER, P.: Über Wochenbettpsychosen - unsere heutige Diagnostik.
Allg. Z. Psychiatr. 104, 177 - 207 (1936).
76. SCHWINGENHEUER, J.: Über Generationspsychosen.
Arch. of Psychiatr. u. Z. Neurol. 190, 150-165 (1952).
77. SEAGER, C. T.: A controlled study of post-partum mental illness.
J. med. Sci. 106, 214-230 (1960).
78. SEITZ, L.: Die chemisch-physikalischen Veränderungen in der Schwangerschaft in ihren Beziehungen zu neuralen und seelischen Störungen während der Gestationsperiode.
Z. neur. 131, Specht Festschr. 348-357 (1930).
79. STEINMANN, I.: Die Verursachung der Wochenbettpsychosen.
Arch. f. Psychiatr. 103, 552-579 (1935).
80. STRECKER, E. A. a. F. G. EBAUGH: Psychoses occurring during the puerperium.
Arch. of Neurol. a. Psychiatr. Bd. 15, Nr. 2 S. 239-252 (1926).
81. VIKTOROFF, V. M.: Dynamics and manegement of parapatum neuropathic reactions.
Dis. nerv. System 13, 291-298 (1952).
82. VISLIE, H.: Puerperal mental disorders.
Acta psychiatr. (Kopenh.) Suppl. 111, 7-42 (1956).
83. WILSON, E. A. a. T. CHRISTIE: Puerperal insanity.
Brit. med. Journ. Nr. 3383 S. 797-798 (1925).
84. WRIGHT, H. W.: The psychoses of pregnancy and the puerperal state.
California-State journ. of med. Bd. 21, Nr. 4 S. 170-173 (1923).
85. ZAPIOLA, J. G.: Betrachtungen über die Ätiologie der Puerperalpsychosen.
Semana méd. Jg. 28, Nr. 18, St. 524-533 (1921).
86. ZILBOURG, G.: Malignant psychoses related to childbirth.
Amer. Journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 15, Nr. 2 S. 145-158 u. 244-248 (1928).

Herrn Prof. Dr. H. Dietrich möchte ich für die Überlassung des
Themas und für die jederzeit bereitwillig gewährten Ratschläge und
Anregungen meinen herzlichsten Dank aussprechen.

Lebenslauf

Am 1. 6. 1937 wurde ich als Tochter des Koches Georg Hesse und seiner Ehefrau Katharine Hesse geb. Berchtold in Saarbrücken geboren.

Ich besuchte die Volksschulen in Wien, Traunwalchen und Königswinter und trat 1947 in die Oberrealschule in Königswinter ein. Diese, sowie die Oberrealschule in Tutzing besuchte ich kurz, um im Sommer 1948 in das Realgymnasium in Garmisch-Partenkirchen einzutreten. Dort legte ich im Juni 1956 die Reifeprüfung ab.

Im Herbst 1958 begann ich nach zweijähriger Tätigkeit als Assistentin bei einem Naturwissenschaftler das Studium der Medizin an der Universität in München, was ich im Frühjahr 1965 mit dem Staatsexamen abschloß.

